Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

가족 지원 예외 혜택 승인
FAMILY SUPPORT EXCEPTION APPROVAL

수혜자 이름	DD 번호	날짜

가족 지원 현황

귀하는 추가 가족 지원을 받으실 수 있습니다.
금액: $ ☐ 일회 수당 ☐ 한 달
승인 기간(60 일/두 달을 초과할 수 없음): 시효일자: 종료 일자:

케이스 자원 매니저	전화번호	이메일 주소

항소권리

이 조치에 대해 항소를 하시려면 이 통지서를 받으신 후 구십(90)일 이내에 행정심의회를 신청하실 수 있습니다.

☐ 귀하는 현재 DDD 로부터 유급 서비스를 받고 있으며, 항소 기간 중에도 계속해서 서비스를 받기를 원하십니다. 행정심의회 신청은 _____일자까지 제기되어야만 합니다.

- 항소기간 중에 계속해서 이 유급서비스를 받기를 선택하신 후 심의회에서 해당 부서의 승소로 판결이 날 경우 유급 서비스의 최대 60일 기간까지 환불할 책임이 있습니다.
- 유급 서비스를 계속 받기를 원하지 않으시면 아래로 연락하십시오.

_____ _____
케이스 자원 매니저 전화번호

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

1. 대변인을 대동할 권리(무료 법률 지원을 받을 자격이 있을 수도 있습니다)
2. DDD에서 결정하는 데 사용된 귀하의 파일 및 모든 정보의 사본을 요청할 권리
3. 증거 서류를 제출할 권리
4. 심의회에서 증언할 권리 및 증인을 내 세울 권리 및
5. 당국의 증인을 상대로 반대 심문할 권리

이 서신에 행정심의회 신청서가 동봉되어 있습니다.

질문이 있으십니까?

이 결정에 또는 항소 절차에 질문이 있으시면 아래로 연락하십시오.

이름	전화번호	지역 사무처

Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

DDD 가족 지원
예외혜택
심의회 신청서

참고규정: DSHS 심의회 규정 제 388-02 조

FOR AGENCY USE ONLY	
☐ **Oral request taken by:**	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

수신: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

팩스: 360-586-6563

발달장애부(DDD)에서 결정한 서비스 또는 서비스 제공처에 대해 동의하지 않기 때문에 심의회를 신청합니다.

이름(정자체로 기입)	생년월일
심의회 신청인 주소	수혜자 ID 번호
시 주 우편번호	전화번호(지역번호 포함) ☐ 메시지 수령 전화

본인은 해당 결정사항을 다음 날짜에 통보 받았습니다. _____ _____
날짜 DSHS 사무실 이름과 주소

자격이 된다면 계속해서 지원을 받기를 원합니다. ☐ 예 ☐ 아니오 프로그램: _____

다음은 본인의 대변인입니다(스스로를 대변할 경우 아래 두 칸을 작성하지 말고 그대로 두십시오)

대변인의 이름	기관	전화번호
도로 주소	시	주 우편번호

☐ **본인은 본인의 심의회에 관한 정보를 본인의 대변인에게 공개해도 됨을 승인합니다.**

신청인의 서명	날짜

심의회 때 통역관이나 어떤 지원 또는 편의시설이 필요합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

'예'일 경우 해당 언어 혹은 필요한 지원을 기입하십시오. _____

행정법 판사(ALJ)는 전화로 심의회를 개최할 수도 있습니다. 면담식 심의회를 원하시면 OAH 에서 우송한 심의회 통지서의 지시사항을 따르십시오.